

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES

1 Fecha: _____

Yo: 2 _____ de 3 _____ edad.

Declaro que he sido informado/a sobre los procedimientos, riesgos y beneficios de las intervenciones, exploraciones, pruebas físicas y/o tratamientos de terapia física que se me aplicarán.

He puesto en conocimiento los datos sobre mi estado físico o antecedentes de salud y he tenido oportunidad de aclarar cuantas dudas tenía sobre las actuaciones a realizar.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y no serán usados sin mi consentimiento previo.

Así mismo, decido dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente para que se me realicen las actuaciones indicadas previamente, con conocimiento de los eventuales riesgos que origina, los cuales acepto.

4

Firma

TERAPEUTA FÍSICO/ PASANTE / PRACTICANTE.

5

Yo: _____ de la Universidad Politécnica de Amozoc, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la aplicación de las intervenciones indicadas y declaro haber confirmado, que el paciente no incurre en ninguno de los casos de contraindicación, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea adecuada y segura.

6

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES

DEL TUTOR/CUIDADOR DEL PACIENTE

7 Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR O CUIDADOR

9 Ante la imposibilidad del o la paciente: 8 _____ para autorizar que se le realicen las actuaciones de terapia física in 10 _____ declaro que yo: _____ de _____ edad, he sido informado sobre los procedimientos, riesgos y beneficios de las intervenciones, exploraciones, pruebas físicas y/o tratamientos que se aplicarán y doy mi conformidad libre, voluntaria y consciente en calidad de: padre, madre, tutor legal, familiar o cuidador.

He tenido oportunidad de aclarar cuantas dudas tenía sobre las actuaciones a realizar y también he sido informado/a de que los datos personales serán protegidos y no serán usados sin mi consentimiento previo.

11

Nombre y firma

TERAPEUTA FÍSICO/ PASANTE / PRACTICANTE.

Yo: 12 _____ de la Universidad Politécnica de Amozoc, declaro haber facilitado al paciente y/o persona autorizada, toda la información necesaria para la aplicación de las intervenciones indicadas y declaro haber confirmado, que el paciente no incurre en ninguno de los casos de contraindicación, así como haber tomado todas las precauciones necesarias para que la aplicación de los tratamientos sea adecuada y segura.

13

Firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES
Instructivo para el llenado del registro R-SAD-10-02 Consentimiento Informado del Paciente

Campo	Concepto	Llenado del campo	Responsable
1	Fecha	Anotar la fecha del día	Paciente
2	Nombre de la o el paciente	Anotar el nombre de la o el paciente	
3	Edad	Anotar la edad de la o el paciente	
4	Firma	Firma de consentimiento de la o el paciente	
5	Nombre del Terapeuta Físico/pasante/practicante	Nombre de quien proporcione la información al paciente.	Coordinación de Clínica de Rehabilitación/pasante
6	Firma del Terapeuta Físico/pasante/practicante	Firma de quien proporcione la información al paciente.	
7	Fecha	Anotar la fecha del día	Tutor o cuidador del paciente
8	Nombre de la o el paciente	Anotar el nombre de la o el paciente	
9	Nombre del tutor o cuidador	Anotar el nombre del tutor o cuidador	
10	Edad del tutor o cuidador	Anotar la edad del tutor o cuidador	
11	Firma del tutor o cuidador	Firma del tutor o cuidador	
12	Nombre del Terapeuta Físico/pasante/practicante	Nombre de quien proporcione la información al paciente.	Coordinación de Clínica de Rehabilitación/pasante
13	Firma del Terapeuta Físico/pasante/practicante	Firma de quien proporcione la información al paciente.	